

健康保険 産前産後休業等取得者申出書

決 裁	常務理事	事務長	事務次長	担当

◎記入の方法は記入例がありますのでご覧ください。
※「※」印欄は記入しないでください。

被保険者証の記号	被保険者証の番号	被保険者の氏名 <small>(押印不要。下記確認欄必須)</small>		生年月日	性別	資格取得年月日
※	(左詰め)	(氏)	(名)	昭和 平成 令和	年 月 日	男・女
						昭和 平成 令和
被保険者の住所				電話番号		勤務先名称
〒						

出産予定年月日	出産種別	産前産後休業期間			
令和 年 月 日	単胎・多胎	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで			
出生児の氏名		出産年月日	性別	※産前産後休業等開始年月日	※産前産後休業等終了予定年月日
(フリガナ)	(フリガナ)	年 月 日	男・女	年 月 日	年 月 日
(氏)	(名)	令和		令和	令和
備考			※作成原因		

確認欄	この届出については、①または②の要件を満たしたものである。※☑をお願いします。
<input type="checkbox"/>	①申請者本人(被保険者)が作成したものである。
	②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。

事業主証明欄	上記の通り、相違ないことを証明します。 (〒 -) 令和 年 月 日提出
事業所所在地	
事業所名称	
事業主氏名	
電話番号 TEL	()

受付印

社会保険労務士の提出代行者名